

Dylematy bioetyczne. Badania naukowe, metodologia

Bioethics dilemmas. Research, methodology

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ CM, ul. Kopernika 21 A, 31-501 Kraków,
e-mail: jacek.bomba@uj.edu.pl

Streszczenie

Druga połowa dwudziestego wieku zaznaczyła się poważną dyskusją nad zasadami etycznego postępowania w badaniach naukowych oraz w postawie wobec osób chorujących. Pozostawało to w związku z konstrukcją oraz użyciem bomby atomowej i doświadczeniami medycyny nazistowskiej. Początkowo dyskusję zdominowały prawa człowieka, a pod koniec wieku – naczelną wartość życia. Wprowadzono nowy termin – „bioetyka”. W medycynie szczególną wagę przywiązywano do rzetelnego informowania pacjentów o potencjalnych korzyściach i ryzyku związanym z leczeniem, zwłaszcza eksperymentalnym, oraz do wyrażenia zgody na proponowane procedury. Zwraca się uwagę, że istotą zgody jest porozumienie i że jej osiągnięcie ma charakter procesu. Oznacza to między innymi możliwość wycofania zgody w każdym momencie udziału w procedurze. Spośród wielu nierozwiązywalnych problemów bioetyki omówione zostaną dwa związane z rozumieniem zgody oraz konsekwencjami znaczenia, jakiego nabrały w paradygmacie naukowości metody obiektywizujące ocenę. Ocena etycznego aspektu postępowania lekarskiego została powierzona komisjom etycznym. Zwrócono uwagę na niebezpieczną formalizację postępowania przed komisjami.

Słowa kluczowe: bioetyka, wartości, badania naukowe, metodologia, zgoda

Streszczenie

Second half of the twentieth century was marked with discussion on ethical aspects of research and treatment in health care. Beginnings of the discussion had been connected with the construction and use of the atomic bomb, and with distortions of medicine in NAZI Germany. At the first stage the discussion has been dominated by human rights replaced by the end of the century by the crucial role of the value of life. The new term has been coined – “bioethics”. In medicine the notion of consent preceded by honest information on potential profits and risks was emphasised. The informed consent has been understood as a process of communication. This means, among other, that the patient should have a possibility of withdrawal at any stage of medical procedure. Out of many dilemmas two: concerning understanding of consent, as the communication process and special position of objective method of assessment in scientific paradigm will be discussed. Assessment of ethical aspects of projects has been put on ethics committees. Formalisation of the procedures of ethics committees’ assessment was discussed too.

Key words: bioethics, values, research, methodology, consent

Wydałoby się, że kwestie etyki w medycynie, to znaczy w codziennym postępowaniu lekarskim, także w naukach medycznych, psychologii, naukach społecznych i biologii, zostały w ostatnich dziesięcioleciach przedyskutowane dość dokładnie. W wyniku tych dyskusji, zapoczątkowanych debatami nad wykorzystaniem odkryć fizyki jądrowej do konstrukcji bomby atomowej oraz postępowaniem lekarzy w systemach totalitarnych: nazizmie i stalinizmie, dokonano ważnych i wiążących ustaleń. Kładły one nacisk na osobistą odpowiedzialność badacza za udostępnienie wyników badań inspirowanych ciekawością poznawczą, tak aby nie powodowały zła,

oraz – w wyniku rozwiązań po II wojnie światowej – na naczelną zasadę poszanowania praw człowieka. Prawa człowieka są zaś takie same niezależnie od jego wieku i stanu zdrowia.

Stanowisko takie znajdowało solidną podstawę w filozofii, a dokładniej w jej części – etyce, według której człowiek wybiera sposób postępowania, kierując się wyborem dobra nad złem⁽¹⁾. Filozofia nie daje jednak ostatecznej odpowiedzi na pytanie o naturę wartości takich jak dobro, traktując je zależnie od podejścia: jako byty niezależne od podmiotu (Sche-ler, za: Tatarkiewicz, 1958⁽¹⁾) lub przez człowieka (podmiot) kreowane (egzystencjaliści, za: Tatarkiewicz, 1958⁽¹⁾).

W naukach medycznych niejako odpowiednikiem zrzucenia bomby atomowej na Hiroszimę były rozwiązania, które po dojściu do władzy NSDAP wprowadzono i rozwijano w Niemczech.

Debata nad koniecznością rozważenia etycznego aspektu badań, rozumianych jako eksperyment przyrodniczy, nabrała tempa po publikacjach, które nie bez trudu, jakiego wymagało pokonanie oporu środowiska, ukazały się w latach sześćdziesiątych⁽²³⁾. Wykazano w nich, że wiodące w świecie ośrodki medyczne podejmują badania zmierzające do wykazania skuteczności metod leczniczych oraz do uzyskania odpowiedzi na pytania dotyczące fizjologii z narażeniem zdrowia i życia ludzi, a także nie informując ich o tym, że są poddawani eksperymentom. Opór środowiska naukowego lekarzy był bardzo silny, a jego miarą odrzucenie tekstu Beechera przez redakcję szanowanych czasopism. Tekst ukazał się w „The New England Journal of Medicine”, kiedy autor, ulegając naciskom, zredukował do ¼ liczbe ilustrujących jego tezy przypadków.

Warto w tym miejscu dodać, że Beecher utrzymywał, iż przestrzeganie wysuwanych przez niego warunków, czyli unikania zagrożenia i uzyskiwania zgody chorego na udział w eksperymencie, może być osiągnięte na drodze podnoszenia świadomości moralnej i odpowiedzialności badaczy. Zewnętrzna względem badacza instytucja kontrolna była jego zdaniem niekonieczna, a może nawet niecelowa.

Sprawy poszły jednak innym torem. Zasada samoregulacji nie zdobyła zaufania. Organizacje medyczne opracowywały zestawy zasad postępowania etycznego i systemy warunkujące uznanie badań za etyczne od decyzji kolegów oceniających plan badań przed ich rozpoczęciem. Porządkowanie zasad godziwego postępowania lekarzy sięga, jak wszyscy wiemy, okresu starożytności i najpewniej wiąże się z początkami zawodu. Zasady te w ciągu wieków okazały się szlachetną deklaracją, jak można sądzić – nie zawsze skuteczną. Może najdramatyczniejszym przykładem oddalania się od zasad deklaracji Hipokratesa był rozwój medycyny w okresie nazistowskich rządów w Niemczech. Poddana totalitarnej władzy medycyna zaakceptowała sterylizację w ramach polityki eugenicznej oraz eksterminację chorych psychicznie z powodów ekonomicznych i eugenicznych. Lekarze praktykowali też szeroko zakrojone badania empiryczne – poznawcze i lecznicze – prowadzone na ludziach pozbawionych wolności w obozach koncentracyjnych. Nazistowska polityka eugeniczna, eksterminacyjna i pseudomedyczne eksperymenty prowadzone w obozach koncentracyjnych stały się przykładami na nieskuteczność starożytnych zasad dobrego postępowania lekarzy. Przywołując ich określenia, posłużyłem się terminem „eksterminacja”, nie zaś, jak się to często spotyka, „eutanazja” chorych psychicznie, dzieląc stanowisko doktora Zdzisława Jaroszewskiego. Drugi z pojawiających się terminów – „pseudomedyczny” (w odniesieniu do eksperymentów przeprowadzanych przez lekarzy na więźniach obozów koncentracyjnych) – podkreśla decyzję w sprawie wykorzystania wyników uzyskanych w drodze eksperymentu przeprowadzonego z pogwałceniem zasad etyki. Te prowadzone w obozach koncentracyjnych miały nigdy nie być publikowane i pozostać poza obszarem wiedzy medycznej.

Kierunek, jaki przybrała medycyna w czasach nazizmu w Niemczech, stanowił ostrzeżenie i skłonił lekarzy do refleksji nad zasadami postępowania, w tym postępowania badawczego. Refleksja nie była chyba zbyt głęboka, skoro Beecher zebrał w publikacjach szanowanych czasopism medycznych 50 przykładów naruszenia bezpieczeństwa cho-

rych dla celów badawczych. A spośród 100 badań, których wyniki publikowano w tych czasopismach w 1964 roku, jego zdaniem 12 „wyglądało nieetycznie”. Z jego przeglądu wynikało też, że badacze nie brali pod uwagę podmiotowości pacjentów poddawanych eksperymentom. Debata nad pogwałceniem podmiotowości człowieka przez rozwiązanie, jakie stosowała nazistowska medycyna, miała miejsce ponad dwadzieścia lat po procesach norymberskich, w których osądzono sprawców ludobójstwa. Zresztą wielu z nich uniknęło procesów lub odbywają się one do dnia dzisiejszego. Naziści najradzykalniej prowadzili eksterminację Żydów, zwłaszcza w ramach „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej”. Wyniszczenie miało stopniowo objąć także i inne grupy etniczne, zwłaszcza Romów i Sintich, jak również Słowian. Przeprowadzenie tego typu eksterminacji, podobnie jak prowadzonej konsekwentnie eksterminacji inteligencji, w kolejnych wyniszczanych grupach etnicznych wymagało uprzedmiotowienia ludzi tworzących te grupy⁽⁴⁹⁾.

Stąd też w pierwszych latach po wojnie Organizacja Narodów Zjednoczonych, powołana (przynajmniej w założeniu) w celu zapobiegnięcia wybuchowi kolejnej wojny światowej, zajęła się kwestią praw człowieka, zobowiązując państwa członkowskie do wprowadzenia regulacji prawnych gwarantujących ich przestrzeganie.

Kwestia praw człowieka, wśród których znajduje się prawo do ochrony zdrowia i opieki (niezależnie od rasy, koloru skóry, wyznania, orientacji seksualnej, płci, wieku) oraz prawo do swobody decyzji, była przedmiotem debat politycznych przez kilkadziesiąt lat, do upadku drugiego wielkiego systemu totalitarnego zbudowanego przez Związek Radziecki. Debata ta ma istotne znaczenie dla psychiatrii i etyki w psychiatrii. Przez ćwierć wieku organizacje psychiatrów brytyjskich, australijskich i amerykańskich wskazywały na wykorzystywanie psychiatrii do celów politycznych w ZSRR i innych krajach z nim związanych. Sprawa ta ma znaczenie dla problemu etyki w psychiatrii nie tylko ze względu na badania empiryczne, ale także dlatego że opracowania teoretyczne psychiatrów radzieckich stworzyły podstawy do formułowania rozpoznania zaburzeń psychicznych u opozycjonistów politycznych.

Przywołuję ten problem, ponieważ w ostatnich dekadach dominacja podejścia empirycznego usunęła w cień etyczne aspekty budowania teorii w psychiatrii.

BIOETYKA

W przeszłości zasady etyczne obowiązujące w medycynie, to znaczy w postępowaniu klinicznym, a także w badaniach naukowych, określano terminem deontologii lekarskiej. Zarzucano temu terminowi, że bezzasadnie wyodrębnia z etyki normatywnej normy etyczne i zasady postępowania dla lekarzy oraz że postępowanie nieetyczne (czyli sprzeczne z ogólnymi zasadami etyki) jest równocześnie sprzeczne z deontologią lekarską. I odwrotnie – postępowanie lekarza łamiące zasady deontologii zawodowej jest sprzeczne z ogólnymi normami etyki.

Współcześnie obowiązuje nas – psychiatrów – etyka normatywna oparta na uznaniu wartości życia jako naczelnej. To jest właśnie bioetyka. Przyjęciu takiego porządku wartości niewątpliwie sprzyjało pogwałcenie życia ludzkiego w epoce totalitaryzmu i w czasie II wojny światowej. Odwołano się do wielowiekowej tradycji chrześcijaństwa i judaizmu, to znaczy do piątego przykazania

w szerokim rozumieniu jego znaczenia. Nie idzie o sam akt zabijania, ale o każde działania stawiające życie w zagrożeniu.

Bioetyka objęła jednak dużo więcej niż ochronę życia i podstawowego prawa człowieka do samostanowienia. Wypowiada się także w sprawie prawa człowieka do swobodnej decyzji o udostępnianiu informacji o sobie. Badacz zobowiązany jest do uzyskania zgody od osoby badanej – po wyczerpującym i przystępnym poinformowaniu jej o tym – na jej dobrowolny udział w badaniu. Podnosi się przy tym obecnie, że zgoda na udział w badaniu jest czymś więcej niż formalnością dokumentowaną na piśmie – „jest procesem komunikacyjnym między badaczem a osobą zaproszoną do udziału w eksperymencie”⁽¹⁰⁾. Przez eksperyment medyczny rozumie się „eksperyment naukowy prowadzony przez lekarza lub lekarza dentystę na ludziach”⁽¹⁰⁾. A więc pojęcie to obejmuje każde badania spełniające kryteria naukowości, prowadzone z udziałem ludzi, także badania ankietowe do celów epidemiologicznych.

Nie jest to jednak jedyna definicja bioetyki. Zgłębienie znaczenia tego terminu przekroczyło moje możliwości. Mimo że, także w Polsce, istnieją uniwersyteckie zakłady i katedry bioetyki, a literatura przedmiotu jest bardzo obszerna, nie udało mi się dociec, co dokładnie obejmuje to pojęcie.

Uzasadnienia jego wprowadzenia można pogrupować następująco:

- argument hierarchii wartości obiektywnych: życie (każde, nie tylko ludzkie) jest wartością naczelną;
- argument najwyższej wartości życia ludzkiego: jego ochrona powoduje konieczność zwiększenia troski o najszerzej rozumiane środowisko, w jakim człowiek żyje;
- argument multiprofesjonalności medycyny (polityczny): skoro medycyną zajmują się (praktycznie i naukowo) osoby z rozmaitym przygotowaniem zawodowym, to używanie dawnego terminu „etyka lekarska” jest nieadekwatne;
- argument historyczny: skoro debata nad etyką w medycynie nabrała pod koniec lat sześćdziesiątych nowego impetu, a tam gdzie się zaczęła, to znaczy w USA, użycie tego terminu, to rozpowszechnił się on na całym świecie.

DWA DYLEMATY ETYKI BADAŃ NAUKOWYCH W PSYCHIATRII

Nie chciałbym w tych rozważaniach moralizować i wskazywać, co jest, a co nie jest etyczne (w rozumieniu bioetyka). Skupiłem się raczej na tym, jak zasady bioetyki (czyli współczesne normy moralne w badaniach naukowych) stawiają badaczy przed dylematami, to znaczy przed nierozwiązywalnymi problemami.

Przedstawię tylko dwa, chociaż ich ciąg wydaje mi się bardzo długi. Zaczniemy od poziomu ogólnego. Obserwacje kliniczne – może pominiemy w tym miejscu problem natury tego, co nazywamy klinicznym doświadczeniem – są podstawą tworzenia wyjaśnień obserwowanych zjawisk, formułowania pytań i hipotetycznych odpowiedzi, sprawdzanych następnie co do spójności lub weryfikowanych w doświadczeniu. Psychiatria korzystająca z metodologii nauk humanistycznych i nauk przyrodniczych używa obu dróg. Jest rzeczą oczywistą, że rzetelność w myśleniu i postępowaniu – w obu wypadkach – jest wymogiem etyki.

Kierunek empiryczny, który zdaje się dominować obecnie w tym, co nazywamy naukowym podejściem w medycynie, także psychiatrii, odwołujący się do metodologii nauk przyrodniczych, wymaga obiektywizacji obserwacji. Ta droga, także przy korzystaniu z doświadczenia nauk przyrodniczych, prowadzi do uznania obserwacji szacowanych ilościowo jako bardziej obiektywne⁽¹¹⁾.

Czy istotnie wynik badania obiektywizującego: testu czy kwestionariusza, ma większą wagę niż subiektywna z natury rzeczy ocena, jaką psychiatra formułuje w wyniku bezpośredniego badania psychiatrycznego? I dlaczego wynik testu powinien być chroniony inaczej niż wynik badania lekarskiego? Co powoduje, że zasada tajemnicy lekarskiej ma być dodatkowo wzmacniana? Czy nie dzieje się tak z powodu nadania nadmiernej wagi wynikowi uzyskanemu na drodze metody uznanej za obiektywizującą? Przecież trafność diagnostyczna metod obiektywizujących, takich jak testy, jest empirycznie sprawdzana w odniesieniu do grup, a zastosowana w klinicznym badaniu pojedynczego człowieka pozostaje badaniem dodatkowym.

Jedno ze spotykanych uzasadnień odwołuje się do wartości, jaką dla przedsiębiorstw ubezpieczeniowych mogą mieć informacje o zdrowiu potencjalnych klientów zebrane na drodze badań populacyjnych. Problemem formalno-bioetycznym jest w przypadku takich badań konieczność przestrzegania zasad procesowej (a i formalnej) zgody badanych na udział w samym badaniu. Co więcej, wymaga się także zgody komisji bioetycznej na przeprowadzenie takich badań, chociaż w niektórych środowiskach zgoda taka wymagana jest jedynie wówczas, gdy badanie populacyjne obejmuje osoby niepełnoletnie.

Interpretacja tej zasady nie jest łatwa. Nasuwa się podporządkowanie zasad etyki zasadom prawa (stawianie prawa ponad etyką). Osoby niepełnoletnie, nie będąc podmiotami samostanowiącymi, nie mogą wyrazić ważnej zgody (rozumianej jako akt prawny). A wymogiem etyki jest niepodejmowanie działań wobec dzieci i młodzieży (niepełnoletniej) przed uzyskaniem ich akceptacji. Jaką wartość etyczną ma formalna (bo przecież nie procesualna) zgoda rodzica na wypełnienie przez dziecko kwestionariusza, np. kwestionariusza Becka?

I jeszcze jeden aspekt. To oczywiste, że w obiegu naukowym istnieje wiele metod obiektywizujących (kwestionariuszy, testów), które mogą traumatyzować osobę badaną. W ostatnich latach wobec zainteresowania przemocą seksualną wobec dzieci i problemem rozmyślnego samouszkodzania się w dzieciństwie i adolescencji pojawiło się szereg takich narzędzi, które (moim zdaniem) mogą budzić wątpliwości co do słuszności posługiwania się nimi. Jednak komisje bioetyczne nie są powołane do oceny wartości tych ani zresztą także i innych narzędzi. Ich użycie w badaniu zależy jedynie od moralnej wrażliwości badacza. I uzyskanie zgody komisji bioetycznej lub zgody badanych i ich rodziców niczego nie rozwiązuje. Chyba że informacja o badaniu zawierałaby egzemplarze wszystkich narzędzi badawczych, a rodzice i badani wyrażaliby zgodę po dokładnym zapoznaniu się z nimi.

I jeden aspekt szczegółowy. O jego wyborze zdecydowała ogromna powszechność eksperymentów klinicznych z użyciem produktów leczniczych.

Jest to przykład prawa stawiającego psychiatrów wobec nierozwiązywalnego problemu etycznego. Związek chemiczny, aby stać się lekarstwem, musi zostać zarejestrowany jako lek przez stosow-

ne organa administracji państwowej. Rejestracja wymaga przedstawienia wyników określonych prawem rodzajów badań empirycznych. Jest to uzasadnione dążeniem do niedopuszczania do grupy leków związków szkodliwych dla zdrowia osób przyjmujących ten związek (a więc wywołujących szkody innych niż zaburzenie, które ma być leczone), a także takich, które nie mają działania leczniczego, to znaczy nie powodują powrotu do zdrowia lub redukcji cierpienia. Wśród wymaganych prawem badań jest porównanie efektu leczniczego nowej substancji z efektem substancji obojętnej, czyli takiej, o której wiadomo, że żadnego efektu terapeutycznego nie wywołuje. Wielowiekowe doświadczenie lekarskie mówi, że sam fakt opieki i samo przyjmowanie „czegoś”, co w przekonaniu przyjmującego jest lekarstwem, może prowadzić do ustąpienia objawów zaburzenia. Ten nieswoisty dla określonego związku chemicznego (zresztą także dla każdej innej metody postępowania terapeutycznego) efekt nazywamy efektem placebo. Ponadto wiadomo, że objawy (przynajmniej niektórych) zaburzeń mogą ustąpić spontanicznie. Zatem porównanie działania związku chemicznego, o którym sądzi się, że jest lekiem, z nieswoistym działaniem substancji obojętnej jest uzasadnione.

Problem etyczny pojawia się wówczas, gdy klinicysta, przekonany o skuteczności leków używanych dotychczas, podejmuje decyzję kilkustopniową: kwalifikuje grupę osób chorych do leczenia farmakologicznego, a następnie decyduje, że część z nich, wyłoniona na drodze losowania o nieujawnionych wynikach, przez określony czas (pozwalający na rozwinięcie zakładanego efektu terapeutycznego nowej substancji) nie będzie leczona lekami o uznanej skuteczności. Jest to moim zdaniem problem nierozwiązalny i dobrze ilustruje sytuację, w której prawo dominuje etykę. Kwalifikując pacjenta do leczenia, badacz z pełną świadomością decyduje o zaniechaniu leczenia, mimo iż pacjent zgadza się na nie, a on, będąc klinicystą, uważa leczenie za celowe.

Dodatkowo prawo i zasady dobrej praktyki (także kodeksu etyki lekarskiej, w tym polskiego) wymagają, aby każdy człowiek chory otrzymał od eksperymentatora pełną, pisemną informację o tym, jakie działania obejmuje doświadczenie, i wyraził na swój w nim udział pisemną zgodę, którą w każdej chwili może wycofać, bez konsekwencji dla opieki i leczenia. Na co właściwie zgadza się chory, któremu proponujemy udział w badaniu działania nowej substancji, porównując ją z efektem placebo? Na leczenie farmakologiczne? Na nieleczenie? Wydaje się, że zgoda osób chorujących i wymagających leczenia na udział w eksperymencie z użyciem placebo jest bliska kpinie z szacunku dla autonomii człowieka w chorobie.

Zapewne sytuacja wyglądałaby inaczej, gdyby usunąć zastrzeżenie o przekonaniu o terapeutycznej wartości środków farmakologicznych. Nie napotkałem jednak przypadków prowadzenia takich eksperymentów przez badaczy kwestionujących wartość psychofarmakologii.

Współczesny świat naukowy często, niemal nieustannie, odwołuje się do etyki, a w przypadku nauk medycznych – do bioetyki. Opracowano kodeksy i zbiory zasad wskazujących, jak prowadzić badania, nie łamiąc podstawowych wartości, z wartością życia na czele. Każde niemal badanie musi uzyskać akceptację odpowiedniej komisji bioetycznej. Nie można opublikować wyników badań bez okazania takiej akceptacji – otrzymanej przed ich rozpoczęciem. Wyma-

gają tego niemal wszystkie czasopisma naukowe. Obawiam się, opierając się na doświadczeniu, że komisje bioetyczne nie podejmują próby oceny słuszności projektu. Ich praca ogranicza się do sprawdzenia poprawności formalnej projektu: głównie obecności zrozumiałej instrukcji dla osób badanych i poprawności formularza pisemnej zgody pacjenta lub – w tych sytuacjach, gdy prawo tego wymaga – zgody jego prawnych opiekunów. Drugim ważnym dla komisji problemem wydaje się – w przypadkach eksperymentów z lekami i substancjami o domniemanych właściwościach leczniczych – troska o zapewnienie tylko takich metod zapobiegania ciąży, jakie członkowie komisji uważają za właściwe (to znaczy wstrzemięźliwość seksualna kobiet w okresie eksperymentu). Odnoszę wrażenie, że praca komisji bioetycznych ogranicza się do biurokratycznego sprawdzenia dokumentacji i rejestracji programu badawczego.

ZAKOŃCZENIE

Właściwie mógłbym zamknąć te rozważania, przyłączając swój głos do głosu Beechera – poszanowanie drugiego jest następstwem indywidualnej wrażliwości moralnej każdego człowieka. Psychiatra – zwłaszcza psychiatra-badacz – powinien cechować się sporą wrażliwością moralną. Porusza się on bowiem wśród ludzi, których autonomię bardzo łatwo pogwałcić.

Jednak kierunek, jaki przybrała praca nad słusznością badań w medycynie, także w psychiatrii, jest głęboko nacechowany biurokracją i formalizmem. Ten stan rzeczy nie pozwala mieć nadziei na rzeczywistą poprawę.

Drugim, jak mi się wydaje, ważnym problemem jest nadmierna wartość przypisywana normom prawnym, stępująca wrażliwość na normy moralne. Przykładem praktycznym tego stanu rzeczy jest akceptacja komisji bioetycznych dla badań nad produktami farmaceutycznymi z użyciem placebo.

PIŚMIENNICTWO:

1. Tatariewicz W.: Historia filozofii. Tom III, Filozofia XIX wieku i współczesna. PWN, Warszawa 1958.
2. Beecher H.K.: Ethics and clinical research. N. Engl. J. Med. 1966; 274: 1354-1360.
3. Pappworth M.: Human Guinea Pigs: Experimentation on Man. Routledge & Kegan Paul, London 1967.
4. Kepiński A., Orwid M.: Z psychopatologii „nadludzi”. Uwagi na marginesie autobiografii Rudolfa Hössa. Przegl. Lek. 1962; 1a: 83-89.
5. Kepiński A.: Oświęcimskie refleksje psychiatrii. Przegl. Lek. 1964; 1: 7-9.
6. Kepiński A.: Anus Mundi. Przegl. Lek. 1965; 1: 150-152.
7. Kepiński A.: Koszmar. Przegl. Lek. 1966; 1: 54-58.
8. Kepiński A.: Refleksje oświęcimskie. Psychopatologia władzy. Przegl. Lek. 1967; 1: 52-60.
9. Kepiński A.: Refleksje oświęcimskie. Rampa. Psychopatologia decyzji. Przegl. Lek. 1968; 1: 25-36.
10. Czarkowski M., Różyńska J.: Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2008.
11. Lorenz K.: Tak zwane zło. PIW, Warszawa 2003.